

Os anéis da serpente: a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle

The rings of snake:
problem-based learning and the societies of control

Rodrigo Siqueira-Batista¹
Romulo Siqueira-Batista²

Abstract *The imperative need for modifying the Brazilian medical education – aiming at the formation of a professional more capable to answer the population's main health problems – has opened the possibility for the use of new teaching methodologies. In this scenario, the Problem Based Learning (PBL) outstands as the curriculum structuring tool adopted in several institutions, showing as main characteristics the capability of fostering (1) significant learning (2) the undissociated link between theory and practice, (3) the respect for the student's autonomy, (4) the work in small groups, (5) the permanent education and (6) the formative evaluation. Despite its indisputable leading position, PBL can be understood as a way to exercise power in the context of an emerging modus of social organization: the societies of control.*

Key words *Problem-based learning, Societies of control, Medical education*

Resumo *A premente necessidade de transformar a educação médica brasileira — objetivando formar um profissional mais capaz de dar respostas aos principais problemas de saúde da população — tem aberto perspectivas para a utilização de novas metodologias de ensino-aprendizagem. Neste âmbito, vem se destacando a aprendizagem baseada em problemas (ABP), modalidade de estruturação curricular que tem sido adotada em diferentes instituições de ensino, possuindo, como principais características, a possibilidade de fomentar (1) a aprendizagem significativa, (2) a indissociabilidade entre teoria e prática, (3) o respeito à autonomia do estudante, (4) o trabalho em pequeno grupo, (5) a educação permanente e (6) a avaliação formativa. A despeito de sua indiscutível posição de vanguarda, a ABP pode ser compreendida como uma forma para o exercício do poder no contexto de um nascente modus de organização social: as sociedades de controle. Discutir esta questão é o escopo do presente artigo. Palavras-chave Aprendizagem baseada em problemas, Sociedade de controle, Educação médica*

¹ Curso de Graduação em Medicina, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) e Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ). Av. Alberto Torres, 111 – Alto, 25964-000 – Teresópolis – RJ
anaximandro@hotmail.com

² Curso de Graduação em Ciência da Computação, Centro Universitário Serra dos Órgãos.

Introdução

Os debates atuais em torno do binômio saúde-educação têm ratificado a necessidade de implementar, de forma cogente e duradoura, profundas transformações nos processos de formação profissional em saúde¹.

É precisamente neste contexto que se inscreve o atual movimento de discussão sobre a mudança no ensino médico brasileiro, o qual vem sendo fomentado há mais de trinta anos, especialmente após o estabelecimento, pela Associação Brasileira de Educação Médica, dos fóruns de discussão e reflexão sobre as mudanças necessárias nos currículos das faculdades de medicina². Algumas iniciativas têm sido construídas neste sentido, cabendo destaque a adoção, por parte de algumas escolas brasileiras, da aprendizagem baseada em problemas (ABP, sigla em português correspondente a PBL = *problem-based learning*), modalidade de dinâmica curricular organizada para o desenvolvimento da habilidade de resolução de problemas, centrada no estudante — sujeito crucial no processo ensino-aprendizagem —, o qual se torna apto a construir, de forma madura, o próprio conhecimento, perspectiva inscrita no âmago da *práxis* de *aprender a aprender*³⁻⁵.

A despeito de alguns avanços obtidos em relação à pergunta *como mudar o ensino no curso de graduação em medicina no Brasil?* — e a ABP, nesses casos, é uma das possíveis respostas —, tem se tornado, cada vez mais urgente, a reflexão sobre aquela que pode ser considerada a indagação capital, e anterior à primeira, qual seja, afinal, *por que mudar a formação médica no país?* Um dos pontos-chave para se discutir esta interrogação é a premência de tornar o aparelho formador mais eficaz para se cultivar um egresso capaz de lidar com os problemas da sociedade brasileira hodierna, cujos pontos de maior relevância — à semelhança do observado em outras sociedades democráticas contemporâneas, laicas, plurais e complexas — seriam⁶⁻¹¹:

(1) a celeridade das transformações sociais, em um contexto no qual a produção de conhecimento é extremamente veloz, tornando ainda mais provisórias as “verdades” construídas no domínio da ciência biomédica;

(2) a necessidade de reorganizar o saber/fazer da saúde, levando em consideração a integralidade, a interdisciplinaridade e a recuperação da dimensão ética cuidadora/compassiva, bem como a necessidade de otimização dos gastos em saúde, face às infrenes produção de conhecimento e incorporação tecnológica em saúde;

(3) a perspectiva vigente, quase “marca” deste

tempo, de colocar em “xeque” os valores até então considerados intocáveis, o que impõe a reflexão sobre a inserção do profissional de saúde neste novo contexto;

(4) a inequívoca influência dos meios de comunicação na construção/formatação do homem/profissional nestes primórdios do século XXI, marcada por um genuíno “bombardeio” de imagens, as quais “embotam” as possibilidades de reflexão sobre a vida, a inserção no mundo e a própria *práxis* e

(5) a configuração de uma nova modalidade de organização do espaço-tempo social, as sociedades de controle, as quais operam nos meandros de um sistema aberto — em contraposição às (em ultrapassagem, senão completamente ultrapassadas) sociedades disciplinares, constituídas em torno de estratégias de confinamento.

Pode-se conceber que, em certa medida, os quatro primeiros pontos estão intimamente ligados à questão das sociedades de controle¹¹, provavelmente um dos pontos cruciais — e ainda pouco explorados — do mundo ocidental contemporâneo.

Em relação à educação — médica, no caso — cabe-se perguntar até que ponto as mais recentes transformações na formação dos profissionais — especialmente a ABP — não seriam, em última análise, modos de estabelecer e perpetuar as relações de poder no âmbito das sociedades de controle, em um obscuro processo de implantação do domínio, sem face e sem cor. Deste modo, discutir as [possíveis] relações entre a aprendizagem baseada em problemas e as sociedades de controle é o escopo do presente artigo.

Aprendizagem baseada em problemas

A ABP foi primeiramente instituída na Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster (Canadá), na década de sessenta. No Brasil, as instituições precursoras na implantação desta modalidade de estrutura curricular foram a Faculdade de Medicina de Marília, em 1997, e o Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina, em 1998. No Estado do Rio de Janeiro, o curso de graduação em Medicina da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO) — atual Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO) — foi pioneiro em um contexto de adoção curricular de metodologias ativas de ensino-aprendizagem —, em 2005¹²⁻¹⁴.

A necessidade de romper com a postura de mera transmissão de informações, na qual os estudantes assumem o papel de receptáculos passivos, preocupados apenas em memorizar conteú-

dos e recuperá-los quando solicitados — habitualmente, por ocasião de uma prova —, é um dos principais pontos de partida que explicam a ascensão da ABP no ensino médico atual⁴. De fato, um dos aspectos cruciais da ABP é o processo educativo centrado no estudante (Quadro 1), permitindo que este seja capaz de se tornar maduro, adquirindo graus crescentes de autonomia.

Na ABP, parte-se de problemas ou situações que objetivam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais, com forte motivação prática e estímulo cognitivo para evocar as reflexões necessárias à busca de adequadas escolhas e soluções criativas, podendo-se estabelecer uma aproximação à proposta educativa formulada por John Dewey¹⁵⁻¹⁷. Ademais, a ABP se inscreve em uma perspectiva construtivista — relacionada, especialmente, aos referenciais da teoria piagetiana da equilíbrio e desequilíbrio cognitiva¹⁸ —, a qual considera que o conhecimento deve ser produzido a partir da interseção entre sujeito e mundo, como amplamente problematizado por teóricos como Leon Vigotsky e Paulo Freire¹⁹⁻²¹.

Com base nessas considerações, podem ser pontuados como principais aspectos da ABP (1) a aprendizagem significativa, (2) a indissociabilidade entre teoria e prática, (3) o respeito à autonomia do estudante, (4) o trabalho em pequeno grupo, (5) a educação permanente e (6) a avaliação formativa.

. Aprendizagem significativa. Esta se estrutura, complexamente, em um movimento de continuidade/ruptura. O processo de continuidade é aquele no qual o estudante é capaz de relacionar o conteúdo apreendido aos conhecimentos prévios, ou seja, o conteúdo novo deve apoiar-se em estruturas cog-

nitivas já existentes, organizadas como subsunções; o processo de ruptura, por outro lado, instaura-se a partir do surgimento de novos desafios, os quais deverão ser trabalhados pela análise crítica, levando o aprendiz a ultrapassar as suas vivências (conceitos prévios, sínteses anteriores e outros), tensão que acaba por possibilitar a ampliação de suas possibilidades de conhecimento^{22,23}.

. Indissociabilidade entre teoria e prática. A profunda integração teoria-prática estabelece-se na medida em que os problemas são elaborados a partir de situações cotidianas — as quais colocam a realidade diante do estudante —, permitindo, assim, a possibilidade de se desenvolverem múltiplas habilidades educacionais, as quais poderão ser empregadas para equacionar e resolver problemas concretos do mundo da vida⁴.

. Respeito à autonomia do estudante. Pressupõe que o estudante detém, de fato, a capacidade de se auto-legislar (auto-governar, auto-gerir) — o termo autonomia origina-se do grego *αὐτονομία*, de *αὐτός* = próprio, e *νόμος* = lei —, o que é entendido em termos da autodeterminação da pessoa, em princípio a mais qualificada para avaliar e decidir o rumo de sua vida, desde que possa ser considerada cognitiva e moralmente competente²⁴. Na ABP, estimula-se que o aprendiz se torne capaz de assumir a responsabilidade por sua formação, o que representa uma importante preparação para a vida profissional, uma vez que este deverá se tornar hábil em julgar a importância relativa — e ponderada — dos diferentes saberes para o exercício de suas atividades laborais^{20,25}.

. Trabalho em pequeno grupo. É desenvolvido no âmago do grupo tutorial, constituído por oito a dez estudantes e mais um tutor —, importante

Quadro 1. Distinções entre a aprendizagem centrada no estudante e no professor.

Aprendizagem centrada no estudante	Aprendizagem centrada no docente
<ul style="list-style-type: none"> . Autônoma, ou seja, motivada por fatores internos, tais como: <ul style="list-style-type: none"> - auto-estima - curiosidade e responsabilidade - espírito e cooperação . Promove o desenvolvimento de um estudante ativo . O aprendizado é, na maior parte das ocasiões, algo prazeroso . Estimula a imaginação . Docente é um facilitador, um guia para o crescimento do estudante 	<ul style="list-style-type: none"> . Heterônoma, ou seja, motivada por fatores externos, tais como: <ul style="list-style-type: none"> - notas e diplomas - prêmios e títulos - medo de fracassar . Impõe a permanência de um estudante passivo . O aprendizado é, muitas vezes, motivo de sofrimento . Estimula a dependência . Docente é o centro do universo, fonte incontestada do saber

para o desenvolvimento das habilidades de cooperação, aspecto fundamental para o trabalho em equipe (Figura 1). O trabalho tutorial consta dos seguintes passos: (a) leitura do problema no grupo e esclarecimento dos termos desconhecidos, (b) identificação dos problemas propostos pelo enunciado, (c) levantamento de hipóteses explicativas para os problemas apontados, com base nos conhecimentos preexistentes dos estudantes, (d) resumo das hipóteses, (e) definição dos objetivos de estudo necessários à resolução do problema, (f) estudo individual e (g) retorno ao grupo para re-discussão fundamentada nos conhecimentos adquiridos²⁶. Vale ressaltar que o grupo de tutoria consiste em um fórum de discussão — um genuíno laboratório — no qual se possibilita uma aprendizagem sobre a interação humana, constituindo-

se em uma oportunidade para aprender a ouvir, receber e assimilar críticas²⁷.

. Educação permanente. A educação permanente (EP) é um dos pontos fundamentais da ABP. Tal necessidade é compreendida ao se comparar, em termos cronológicos, o tempo de formação (pré e per universitária) e o tempo de atuação profissional (Figura 2). A idéia, consistente, é de que o período de graduação é incapaz de fornecer todo o conhecimento necessário ao sujeito em formação. Deste modo, torna-se mais produtivo aprender a resolver os problemas que a prática profissional impõe — aspecto que se solidariza ao conceito de *aprender a aprender* —, capacitando-se para a resolução dos mais diferentes problemas, do que adquirir uma série de conteúdos, os quais poderão estar obsoletos poucos anos após a conclusão da graduação^{4,28}.

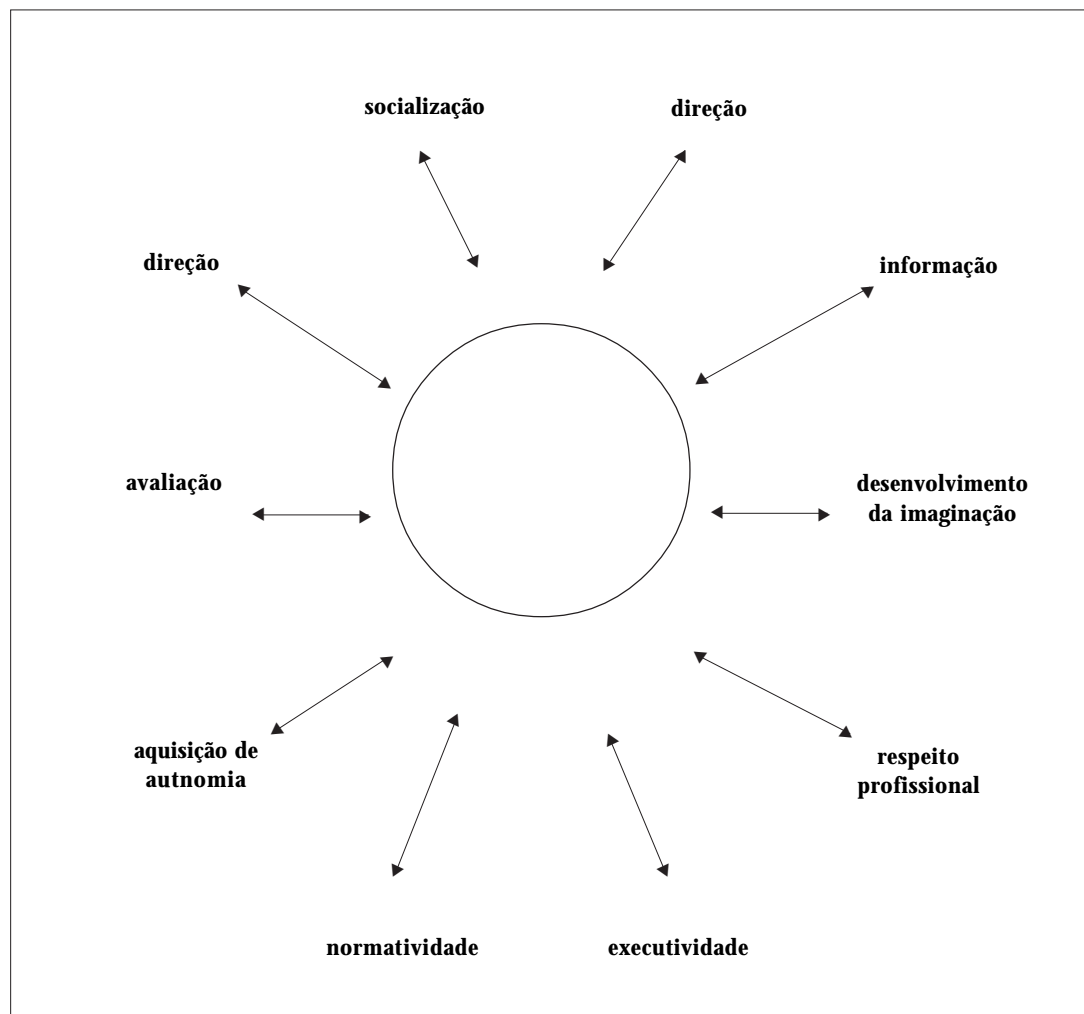


Figura 1. Aspectos do trabalho em grupo.

Fonte: Baseado em Venturelli J⁴.

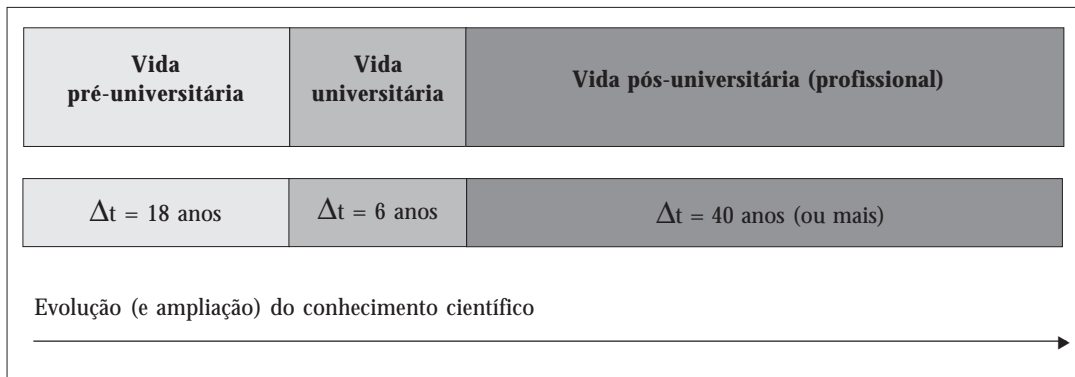


Figura 2. Tempo, educação e trabalho: o caso do ensino médico. Conforme (1) Venturelli J⁴ e Siqueira-Batista R²⁸.

Mais recentemente, tem-se, inclusive, trabalhado com a perspectiva de incluir todos os atores no processo de EP, e não apenas os profissionais de saúde²⁹. ***Todas as nossas ações envolvem sempre a dimensão de capacitação e educação permanente dos estudantes, dos profissionais e dos pacientes e seus familiares. Pacientes e familiares são muitas vezes 'esquecidos' neste processo de capacitação e de educação continuada, o que pode provocar uma série de distorções. Consideramos fundamental sua inclusão, pois, só assim poderemos caminhar para uma mudança consistente na relação terapêutica, distanciada de assistencialismo e paternalismo.***

Na atenção à educação permanente, sempre procuramos abarcar os diversos níveis institucionais (alunos, médicos, profissionais de saúde em geral, profissionais administrativos, pacientes e familiares)²⁹.

Em linhas gerais, a idéia é (1) estabelecer uma rede de interações entre os diferentes participantes do processo — coordenando e controlando, muitas vezes, suas respectivas intervenções nos processos saúde-doença, próprios e de outrem — e (2) capacitar o profissional de saúde para exercer atividades em concordância com o avanço do conhecimento científico⁴.

. Avaliação formativa. É baseada na apreciação de todos os aspectos do processo educacional, incluindo o programa, os docentes, os gerentes, os estudantes, os resultados, os materiais e as mudanças. Torna-se importante destacar que os atores envolvidos devem ter sempre em conta a auto-avaliação, baseada na capacidade crítica, em uma perspectiva de contínua reflexão sobre a prática⁴. Na ABP, a avaliação dos estudantes passa pelo estabelecimento de uma estreita relação entre este e os

docentes, os quais deverão ser também avaliados. Os principais aspectos da avaliação formativa no trabalho em pequeno grupo são (1) a auto-avaliação do estudante, (2) a avaliação recíproca interpares (todos os educandos avaliam o desempenho de todos os educandos), (3) avaliação do estudante pelo tutor e (4) a auto-avaliação do tutor²⁶. Estas ações — associadas à avaliação das habilidades e atitudes do aprendiz — permitem controlar o processo de formação do estudante, garantindo que sejam contemplados os objetivos educacionais propostos e/ou adquiridas as competências necessárias ao desenvolvimento do seu mister.

Como pôde ser observado nestes breves comentários, um dos aspectos que mais chamam a atenção diz respeito à capacidade que tem a ABP de permitir a formação de um estudante apto a construir seu próprio conhecimento e de trabalhar em grupo de modo articulado e fecundo. Ademais, a perspectiva de não-completude da formação (expressa no conceito/práxis de educação permanente) e a estruturação do processo de avaliação formativa e contínua — os quais esmaecem, de fato, as diferenças entre as vidas universitária e profissional (Figura 2) — parecem fazer parte de um sistema aberto de organização do processo ensino-aprendizagem, no qual se abre mão, definitivamente, da noção de terminalidade da formação.

O debate teórico sobre estes dois últimos pontos — educação permanente e avaliação formativa — permite que sejam colocadas em questão as relações entre a ABP e as sociedades de controle, tal qual formulada pelos filósofos Michel Foucault e Gilles Deleuze, mote das discussões entabuladas a seguir.

Continuidades e rupturas: sociedade disciplinar → sociedade de controle

As sociedades de controle consistem em uma modalidade de organização social típica do capitalismo tardio, tendo sido uma resposta à crise das sociedades disciplinares: ***Nesses últimos anos, a sociedade mudou e os indivíduos também; eles são cada vez mais diversos, diferentes e independentes. Há cada vez mais categorias de pessoas que não estão submetidas à disciplina, de tal forma que somos obrigados a pensar o desenvolvimento de uma sociedade sem disciplina***³⁰.

A sociedade disciplinar, sucessora das sociedades de soberania — Deleuze situa em Napoleão a grande conversão de uma a outra¹¹ — é marcada pela organização em termos de espaços de confinamento — cujo projeto ideal pode ser reconhecido na fábrica: concentrar, distribuir no espaço, ordenar no tempo, compor no espaço-tempo uma força produtiva cujo efeito deve ser superior à soma das forças elementares —, nos quais a disciplina é exercida de forma institucionalizada, em espaços fechados, havendo necessidade de se passar de um para o outro ao longo da vida: ***O indivíduo não cessa de passar de um espaço fechado a outro, cada um com suas leis: primeiro a família, depois a escola (“você não está mais na sua família”), depois a caserna (“você não está mais na escola”), depois a fábrica, de vez em quando o hospital, eventualmente a prisão, que é o meio de confinamento por excelência***¹¹.

Os confinamentos são moldes, nos quais se opera o poder em diferentes âmbitos. De fato, Foucault reconhece que o poder sobre a vida nas sociedades modernas se estabelece em dois pólos — anátomo-política do corpo e biopolítica das populações —, os quais são interconectados por múltiplas redes de relações³¹. A anátomo-política do corpo diz respeito ao desvendamento e produção de discursos e práticas sobre o corpo humano — abordado como máquina a ser otimizada, disciplinada em sua docilidade e produtividade — ao passo que a biopolítica das populações é dirigida aos elementos biológicos e sociais, tais como reprodução, nascimento e morte. Ambas as dimensões — o indivíduo (anátomo-política do corpo) e a massa (biopolítica das populações) — são dispositivos, compatíveis entre si, da organização disciplinar.

A crise dos confinamentos, agudizada após a Segunda Guerra Mundial, representa a agonia ante a precipitação da nova forma de exercício do poder que se anuncia: o controle. A transição para esta modalidade de ordenação social é antevista segundo a interpretação de Deleuze, por Franz Kafka, em *O processo*³²: ***Esqueci de lhe perguntar***

que tipo de libertação deseja. Existem três possibilidades: ou seja, a absolvição real, a absolvição aparente e o processo arrastado. Naturalmente o melhor é a absolvição real, só que não tenho a mínima influência sobre este tipo de solução. Na minha opinião, não existe nenhuma pessoa que pudesse ter influência sobre a absolvição real. Provavelmente, aqui decide apenas a inocência do acusado. Uma vez que o senhor é inocente, seria de fato possível que confiasse apenas na sua inocência. Mas aí já não precisa de mim nem de qualquer outra ajuda.

As duas formas jurídicas descritas no romance kafkiano, a absolvição aparente e o processo arrastado, são, respectivamente, imagens das sociedades disciplinares (entre dois confinamentos) e das sociedades de controle (em variação contínua)¹¹. Como Kafka, Foucault prevê o temível cenário: ***Hoje, o controle é menos severo e mais refinado, sem ser, contudo, menos aterrorizador. Durante todo o percurso de nossa vida, todos nós somos capturados em diversos sistemas autoritários; logo no início na escola, depois em nosso trabalho e até em nosso lazer. Cada indivíduo, considerado separadamente, é normatizado e transformado em um caso controlado por um IBM. Em nossa sociedade, estamos chegando a refinamentos de poder os quais aqueles que manipulavam o teatro do terror [nas execuções penais públicas] sequer haviam sonhado***³⁰.

O cerne da passagem de uma a outra sociedade pode ser compreendido na transformação da fábrica em empresa. Na fábrica — um corpo modelo da sociedade disciplinar marcado pelo adestramento — estabelecia-se um equilíbrio da massa (de trabalhadores), cujo sentido era maximizar a produção e minimizar os salários, protagonizado pelos patrões — que vigiavam cada um dos elementos da massa — e pelo sindicato — o qual mobilizava uma massa de resistência —, em eterna tensão; ao contrário, na empresa — uma alma, um gás, modelo da sociedade de controle tipificado pela captura da participação — há um grande esforço para impor uma modulação para cada salário, a partir de um sistema de recompensa por desempenho, em um estado de perpétua metaestabilidade, no qual se está imerso, continuamente, em uma rivalidade incontornável, marcada pela contraposição dos indivíduos entre si¹¹. Ademais, se o espaço da fábrica era definido, na empresa não há qualquer definição: a atividade é exercida em todos os lugares: no escritório, em casa, na rua e outros. Trata-se da lógica do mercado, tão familiar a um sujeito do século XXI.

A nova faceta é clara: o molde (família, escola, caserna, fábrica, hospital, prisão) é substituído pela modulação (a empresa, o mercado), uma molda-

gem auto-deformante que muda a cada instante. O princípio modulador se objetiva em **controlatos** (por exemplo o salário por mérito), o qual, de forma complexa, se imbrica em uma geometria variável, imagética e virtual, como formulada por Virilio³³. Ademais, se os pólos identificados por Foucault — par indivíduo-massa — são a tônica das sociedades disciplinares, no controle o que importa é a cifra, uma senha, a qual marca o acesso à informação ou à rejeição (como na citação prévia de Foucault), tornando os indivíduos individuais e a massa, mera amostra. A passagem se torna explícita, também, no caso do dinheiro: das moedas cunhadas em ouro (limitadas tempo-espacialmente), medida-padrão da disciplina, para câmbios flutuantes, transações de mercado¹¹. Desvia-se da toupeira monetária para a serpente financeira, em uma passagem que não se faz por escoamento — ao contrário, é turbilhonada — mas que é plenamente perceptível: ***O controle não é uma disciplina. Com uma estrada não se enclausuram pessoas, mas, ao fazer estradas, multiplicam-se os meios de controle. Não digo que esse seja o único objetivo das estradas, mas as pessoas podem trafegar até o infinito e “livremente”, sem a mínima clausura, e serem perfeitamente controladas. Esse é o nosso futuro***¹¹.

Tal é o futuro que, tornando-se passado, já se faz plenamente presente, especialmente nos âmbitos da saúde e da educação, como também discutido por Deleuze: ***Por exemplo, na crise do hospital como meio de confinamento, a setorização, os hospitais-dia, o atendimento a domicílio puderam marcar de início novas liberdades, mas também passaram a integrar mecanismos de controle que rivalizam com os mais duros confinamentos***¹¹.

No regime das escolas: as formas de controle contínuo, avaliação contínua, e a ação da formação permanente sobre a escola, o abandono correspondente de qualquer pesquisa na Universidade, a introdução da “empresa” em todos os níveis de escolaridade¹¹.

Quais seriam as implicações deste debate para a compreensão do significado da ABP? Seria esta modalidade de estruturação curricular uma das muitas faces do controle?

Educação, saúde e sociedade de controle: a ABP é um controlato?

Os processos educacionais, nas sociedades de controle, adquirem a mesma fluidez da empresa: “Assim como a empresa substitui a fábrica, a **formação permanente** tende a substituir a **escola**, e o controle contínuo substitui o exame¹¹” [grifo do original].

A educação permanente é tema corrente nos

discursos oficiais e nas falas cotidianas dos educadores da área de saúde. Em última análise, a crítica insistente aos mecanismos disciplinares na escola médica tem se associado ao exercício ondulante das forças de controle. Por exemplo, a importância da formação profissional em saúde nos dias atuais convive com o enfraquecimento das fronteiras das instituições de ensino³⁴, as quais deixam de ser espaços de confinamento — os muros da universidade não definem mais o espaço no qual se estuda: estuda-se em todo lugar e em todo tempo disponível, em uma nítida ocupação das coordenadas espaço-temporais^{35,36}; este é o caso da proposta, cada vez mais recorrente, de uma [necessária] integração ensino-serviço. Com efeito, as diferentes propostas de educação permanente (também de educação à distância), especialmente aquela descrita anteriormente, envolvendo todos os atores — alunos, médicos, profissionais de saúde em geral, profissionais administrativos, pacientes e familiares²⁹, caracterizando um certo tipo de porosidade ao entorno — evidenciam a expansão das intervenções educacionais para além dos limites da universidade. Um dos objetivos amplos deste processo é formar o cidadão integral, a partir da participação/intervenção/controle de todos os envolvidos, os quais assumem do papel de educadores, atuando/interferindo nos diferentes aspectos das respectivas formações.

É neste contexto que ganha importância a avaliação formativa, ininterrupta, capaz de olhar o processo nos vários espaços sem limites de ensino-aprendizagem — na universidade e fora dela —, um dos mais efetivos métodos para o controle. Observar, de perto, o progresso dos aprendizes de médico, podendo interferir de forma mais ou menos recorrente — “olhe, você precisa melhorar, seu desempenho está aquém do esperado” — está inscrito nesta lógica. As notas, formalização da disciplina, são substituídas pelo conceito fluido de suficiência; se antes era possível receber uma nota para, então, passar de uma série a outra, agora é dado um grau suficiente ou insuficiente, para manter (indefinidamente) o processo de formação. A “formatura” em medicina passa a significar, outrossim, não o término do curso de fato, mas o início de um processo de educação permanente que não cessa de transcorrer, ou seja: [...] ***nas sociedades de controle nunca se termina nada, a empresa, a formação, o serviço sendo os estados metaestáveis e co-existent de uma mesma modulação, como que um deformador universal***¹¹.

As consequências disto não se fazem tardar: ampliam-se as fileiras constituídas por eternos estudantes, para os quais o conhecimento — agora sinô-

nimo de informação — torna-se rapidamente ultrapassado, tornando imperiosa a aquisição, infrene, de novas informações, as quais são a resposta ao *status quo* de competitividade exigida pelo mercado. A atualização deixa, assim, de ser pressuposto para uma boa prática, passando a ser, nas palavras de Chevitarese, quase uma obsessão cultural³⁶.

Estes novos processos de controle têm profundas implicações na (in)formação do profissional de saúde e, por consequência, na sua prática. De fato, a ideologia dominante na saúde — eficazmente incorporada ao discurso oficial — se concretiza em novos contornos. Os hospitais — célebres espaços de confinamento, como bem demonstrado em toda a atitude policialesca da psiquiatria no último século — deram lugar à medicina sem médico nem doente¹¹; a ascensão da saúde pública/coletiva — como nos debates sobre promoção à saúde — torna todos os sujeitos doentes em potencial, para os quais o adiamento da enfermidade tem como preço a constante vigilância — à saúde! —, a régia observância às orientações dos profissionais de saúde. Este é, precisamente, o caso dos sintomáticos respiratórios (pessoas que tosse há mais do que três semanas), potenciais tuberculosos, os quais deverão ser identificados nas comunidades, rastreados para a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (através da baciloscopia de escarro) e tratados, impedindo-se, assim, a disseminação do mal³⁷.

Ainda sobre a saúde, cabe o comentário acerca do desenvolvimento da biotecnociência. A colonização da vida nua, a qual se concretiza cada vez mais na possibilidade da manipulação genética, tem explicitado os riscos aos quais se pode estar sujeito, em decorrência de uma má herança genética. Podem ser mencionados os testes para detecção do risco de câncer de mama, o qual, uma vez identificado, deverá motivar um controle permanente para o diagnóstico e tratamento do mal. Como no filme *Gattaca*, todos podem ser virtualmente “portadores” de condições mórbidas diversas, cabendo, assim, a necessidade de desenvolver tecnologias capazes de identificar e extirpar os maus genes, quiçá no momento — ou antes mesmo — da concepção. Como nas palavras de Renato Manfredini Júnior, o Renato Russo, “nos deram espelhos e vimos um mundo doente”³⁸.

Com base em todo este panorama, torna-se defensável a idéia de que a ABP está inscrita nesse emergente ordenamento — o controle —, especialmente ao perscrutarem-se os elementos concernentes à educação permanente e à avaliação. Com efeito, na medida em que a ABP pretende formar profissionais mais capazes de responder às neces-

sidades de saúde da população, e que tais necessidades estão cada vez mais inscritas na nova ordem mundial tipificada nas sociedades de controle, a conclusão — resposta à indagação que motivou tal trabalho —, não se faz tardar: a ABP pode ser caracterizada como um *controlato*, ao menos da maneira segundo a qual vem sendo pensada e executada na atualidade.

Considerações finais: transformação e resistência

Uma visão superficial e precipitada da discussão entabulada até o presente momento pode fazer pensar que, indiretamente, se tenha estabelecido uma defesa — como consequência da crítica à aprendizagem baseada em problemas —, do manutenção da educação médica nos moldes ditos tradicionais, o sistema disciplinar. Ledo engano. É ingênuo pensar desta maneira, precisamente por não ser possível dizer qual é o melhor regime — a sociedade disciplinar ou a sociedade de controle —, na medida em que cada um deles tem suas especificidades — mormente no estabelecimento e desempenho dos mecanismos, terríveis e obscuros, de exercício do poder —, como discutido pelo próprio Deleuze: *Não se deve perguntar qual é o regime mais duro, ou o mais tolerável, pois é em cada um deles que se enfrentam as liberações e as sujeições. [...] Não cabe temer ou esperar; mas buscar novas armas*¹¹.

As respostas não são fáceis, de modo que buscá-las, movido por um espírito simplificador, configura-se inocência. A necessidade de transformar a educação profissional em saúde — formação médica incluída — é uma constatação que dificilmente pode ser contestada, como vem sendo amplamente discutido na literatura especializada^{1,39} — afinal, não cabem mais os confinamentos disciplinares de anatomia, bioquímica, cirurgia e outros, e, tampouco, a passagem por espaços “fechados” dentro do próprio curso, como no caso do básico ao clínico⁴⁰. Por outro lado, o controle já é uma realidade, bastando-se olhar para o quanto os indivíduos individuais vêm sendo rastreados no momento atual, em coisas do tipo: “sorria, você está sendo filmado”; ou “resolveremos o problema da segurança (pública) instalando circuitos de TV nos diferentes espaços (públicos)”; ou “as quebras de sigilo fiscal e telefônico ajudaram nas investigações”; esta é igualmente a lógica do desenvolvimento dos sistemas de busca na internet; ou, ainda, na espiada em um simples e “inofensivo” programa como o Big Brother...

Como compor tal situação?

É preciso pensar. Estes momentos aporéticos —

i.e., de beco sem saída — são aqueles nos quais se faz mais necessário colocar o pensamento em ação, rejeitando o [que parece] óbvio e buscando novas orientações para a ação. Em última análise, se a ABP “nasceu” como uma forma de resistência ao carcomido currículo disciplinar na escola médica, colocando-se na vanguarda por permitir uma reflexão/ação acerca do saber-fazer em saúde — o qual pode ser compreendido como solvência de problemas —, é possível conformar modos para permanecer na resistência ao controle no âmago da aprendizagem baseada em problemas. Resistir a transformar a ava-

liação em exercício de captura... Resistir a conceber a educação permanente como negação da terminalidade, que oculta, de fato, uma perspectiva de condução dividida dos profissionais de saúde, em termos da lógica de mercado. Para isto é mister se atrever a pensar, exercer a coragem para questionar, mesmo que ao final se vislumbre, como único caminho, a própria transformação [radical] da ABP.

Se “os anéis de uma serpente são ainda mais complicados que os buracos de uma toupeira¹¹”, fica o convite: pensar, uma vez que, definitivamente, não cabe temer ou esperar...

Colaboradores

R Siqueira-Batista concebeu o presente artigo, tendo formulado sua estruturação originária; R Siqueira-Batista participou como um leitor crítico do manuscrito, contribuindo, decisivamente, para o debate sobre as sociedades de controle.

Referências

1. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saude Publica* 2004; 20(5):1400-1410.
2. Feuerwerker L. *Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados*. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2002. Mitre SM,
3. Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, Moreira T, Hoffmann LMA. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Cien Saude Colet* 2008; 13(6):2133-2144.
4. Venturelli J. *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos*. 2ª ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2003.
5. Moraes MAA, Manzini EJ. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema. *Rev Bras Educ Med* 2006; 30(3):125-135.
6. Prigogine I. *O fim das certezas*. São Paulo: Unesp; 1996.
7. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):363-372.
8. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface — Comunic., Saúde, Educ* 2005; 9(16):39-52.
9. Schramm FR. Bioética para quê? *Revista Camiliana da Saúde* 2002; 1(2):14-21.
10. Baudrillard J. *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70; 1981.

11. Deleuze G. *Post-scriptum* sobre as sociedades de controle. In: Deleuze G. *Conversações: 1972-1990*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.
12. Lima VV, Komatsu R, Padilha RQ. Uni-marília: capacitação de recursos humanos e desenvolvimento de lideranças. *Divulg Saúde Debate* 1996; 12:90-96.
13. Almeida MJ. *Educação médica e saúde: possibilidades de mudança*. Londrina: Ed. UEL; Rio de Janeiro: ABEM; 1999.
14. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. *Projeto de mudança curricular no Curso de Graduação em Medicina*. Teresópolis: FESO; 2002. [Mimeo]
15. Dewey J. *Democracia e educação*. 3ª. ed. São Paulo: Nacional; 1959.
16. Dewey J. *Liberalismo, liberdade e cultura*. São Paulo: Nacional; 1970.
17. Fiúza Moreira CA. *Entre o indivíduo e a sociedade: um estudo da filosofia da educação de John Dewey*. Bragança Paulista: EDUSF; 2002.
18. Piaget J. *A equilíbrio das estruturas cognitivas*. Rio de Janeiro: Zahar; 1976.
19. Vigotsky LS. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
20. Freire P. *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra; 2003.
21. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 38ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
22. Ausubel D, Novak JD, Hanesian H. *Educational Psychology, a Cognitive View*. New York: Holt, Reinhart and Wiston; 1978.
23. Gomes AP, Dias Coelho UC, Cavalheiro PO, Gonçalves CAN, Rôças G, Siqueira-Batista R. A educação médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da arca perdida. *Rev Bras Edu Méd* 2008; 32(1):105-111.
24. Schramm FM. A autonomia difícil. *Bioética* 1998; 6(1):27-37.
25. Costa CRBSF, Siqueira-Batista R. As teorias do desenvolvimento moral e o ensino médico: uma reflexão pedagógica centrada na autonomia do educando. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2004; 28(3):242-250.
26. Fundação Educacional Serra dos Órgãos. *Manual para tutores e instrutores do primeiro período*. Teresópolis: FESO; 2006.
27. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saude Publica* 2004; 20(3):780-788.
28. Siqueira-Batista R. *Aprendizagem baseada em problemas: uma estratégia das sociedades de controle* [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
29. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Edu Méd* 2006; 30(1):60-72.
30. Foucault M. *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.
31. Foucault M. *A vontade do saber*. Rio de Janeiro: Graal; 1977.
32. Kafka F. *O processo*. São Paulo: Companhia das Letras; 2005.
33. Virilio P. *O espaço crítico*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1993.
34. Martins AM. A política do conhecimento: a identidade do saber e as reformas educativas. In: Linhares C. *Políticas do conhecimento. Velhos contos, novas contos*. Niterói: Intertexto; 1999. p. 71-100.
35. Chevitarese LP, Pedro RMLR. Da sociedade disciplinar à sociedade de controle: a questão da liberdade por uma alegoria de Franz Kafka, em *O Processo*, e de Phillip Dick, em *Minority Report. Estudos de sociologia (UFPE)* 2005; 8(1):129-162.
36. Chevitarese LP. A questão da "liberdade" na sociedade de controle, por uma alegoria de Kafka em *O processo. Análogos* 2004; 4:44-60.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual Técnico para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica*. 6ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
38. Legião Urbana. *Dois* [disco]. São Paulo: Emi Odeon; 1986.
39. Marins JN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec/ABEM; 2004.
40. Santos SS. *A integração do ciclo básico com o profissional no Curso de Graduação em Medicina: uma resistência exemplar*. Rio de Janeiro: Papel & Virtual; Teresópolis: FESO, 2005.

Artigo apresentado em 01/11/2006

Aprovado em 15/12/2006

Versão final apresentada em 30/07/2007